Ergebnisse der Hämorrhoidenbehandlung durch Injektion und die segmentäre Hämorrhoidektomie

von

Erich Dittrich

aus Böhmischdorf/Sudetengau

1967

1967 № 338

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535718_0059

Aus der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Prof. Dr. med. G. Hegemann

Ergebnisse der Hämorrhoidenbehandlung durch Injektion und die segmentäre Hämorrhoidektomie

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt von
Erich Dittrich
aus Böhmischdorf/Sudetengau

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen
Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Prof. Dr. med. E. Wetterer
Referent: Prof. Dr. med. G. Hegemann

Tag der mündlichen Prüfung: 18. 12. 1967

Meinen Eltern in Dankbarkeit gewidmet

Es ist mir ein aufrichtiges Bedürfnis Herrn Prof. Dr. med. G. Hegemann für die Überlassung des Themas und für die Übernahme des Referates zu danken.

Herrn Dr. med. K. Arnold und Herrn Dr. med. G. Schreiner danke ich für die wertvollen Hinweise sowie für die Durchführung der Nachuntersuchungen.

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

EINLEITUNG 3

DIE BEHANDLUNGSMETHODEN 4

DIE ERGEBNISSE DER HÄMORRHOIDENBEHANDLUNG... 8

1. Frühkomplikationen 9

2. Spätergebnisse 12

DISKUSSION 19

SCHLUSSBETRACHTUNG 21

ZUSAMMENFASSUNG 23

LITERATURVERZEICHNIS 24

Etwa die Hälfte aller Menschen über 50 Jahre ist nach GOLIGHER (7 a) Träger von Hämorrhoiden. Aber nur bei einem Teil dieser Menschen führen sie zu Beschwerden und werden damit zur behandlungsbedürftigen Erkrankung. Bei den proktoskopischen Untersuchungen finden sich meist Knoten bei 3, 7 und 11 Uhr, entsprechend den arteriellen Zuflüssen. Man bezeichnet sie hier als primäre Hämorrhoiden, im Gegensatz zu den kleineren Sekundär- oder Satellitenknoten, die oft zwischen den Primärknoten zu sehen sind.
Je nach Größe und Symptomatik werden einzelne Stadien unterschieden. Hämorrhoiden I. Grades sind proktoskopisch als Schwellung gerade zu erkennen; sie machen außer leichten Blutungen kaum Beschwerden. Hämorrhoiden II. Grades prolabieren beim Pressen nach außen, reponieren sich aber beim Nachlassen des Druckes spontan, wogegen Hämorrhoiden III. Grades, die prolabiert sind, manuell reponiert werden müssen. Davon wird häufig noch ein 4. Stadium abgegrenzt, zu dem große, alte, meist entzündlich veränderte Knoten gerechnet werden, die überhaupt nicht reponierbar sind.

Diese Arbeit untersucht die Ergebnisse der Behandlung von Hämorrhoiden durch Operation und Injektion an der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg in

den Jahren zwischen 1958 und 1964.
Über die postoperative Phase bis zur Entlassung der Patienten berichteten die Krankenblätter. Auskunft über die Spätergebnisse erhielten wir durch Fragebogen, die wir an 311 Patienten verschickten, die in diesem Zeitraum behandelt wurden; diesen Fragebogen beantworteten 191 Personen. Von 95 Patienten, die nach den Fragebogenangaben noch nicht völlig beschwerdefrei waren, wurden 76 zur Objektivierung des Befundes nachuntersucht.

DIE BEHANDLUNGSMETHODEN

Seit etwa 1958 werden an unserer Klinik die Hämorrhoiden nach der Methode von MILLIGAN und MORGAN operiert. Zusammen mit der Injektionsbehandlung verdrängte diese gezielte segmentäre Hämorrhoidektomie, wie sie auch genannt wird, die Operationen nach LANGENBECK (Kauterisation) und WHITEHEAD und stellt heute die Standardmethode an unserer Klinik dar.
Die Kauterisation ist technisch einfach durchführbar und ergibt befriedigende Resultate. Dagegen ist die Operation nach WHITEHEAD die radikalste und sicher auch die riskanteste Hämorrhoidenoperation. Die Gefahr dieser Methode besteht in der Dehiszenz der Wundränder im analen Kanal

und anschließender Ausbildung einer zirkulären Stenose sowie im Verlust beträchtlicher Teile der sensiblen Analhaut und damit der Möglichkeit der Inkontinenz.

Auf Grund sorgfältiger Studien zur Anatomie des Analkanales entwickelten die Engländer MILLIGAN und MORGAN ihr Ligaturverfahren.

Man beginnt mit der Infiltration der Fossa ischiorectalis mit einer 1 %igen Novocainlösung zur postoperativen Analgesie. Der von modifizierter Analhaut bedeckte Anteil des Hämorrhoidenknotens wird mit einer Klemme gefaßt und nach unten gezogen, bis die rötlich schimmernde Rektalschleimhaut sichtbar wird. In dieser Höhe wird eine zweite Klemme angelegt.

So verfährt man nacheinander mit allen drei primären Hämorrhoiden. Die Präparation beginnt mit dem linken lateralen Knoten. Dazu nimmt der Operateur die Klemmen in die linke Hand und zieht sie nach abwärts, wobei der Zeigefinger im Anus liegt und den Zug durch Druck von innen unterstützt. Mit der Schere wird ein V-förmiger Schnitt in die Analhaut oder in die perianale Haut gemacht und zu beiden Seiten bis zur Linea pectinea verlängert. Jetzt kann das Venenkonvolut von seiner Unterlage gelöst werden.

Wenn der Sphinkter internus mit den Endfasern des M. longitudinalis sichtbar wird, beendet man die Präparation, sucht die pulsierende Arterie auf, die den Knoten speist

und unterbindet sie. Auf diese Weise wird die Blutzufuhr gedrosselt und ein Rezidiv vermieden. Da durch die Ligatur der M. submucosae ani und die Ausläufer des M. longitudinalis am Unterrand des Sphinkter internus zusammengehalten werden, kann der unter Spannung stehende Ligaturstumpf nicht in das Rektum hochschlüpfen, und die Wundfläche bleibt möglichst klein.

Bei der Exstirpation der übrigen primären Knoten geht man in gleicher Weise vor. Es ist stets darauf zu achten, daß die Schleimhautbrücken mindestens 5 mm breit sind. Erst wenn alle Knoten ligiert sind, werden sie abgetragen.

Am Ende der Operation geben wir 10 - 20 g einer leicht angewärmten Vaseline in den Anus und bestreichen damit die äußerlichen Wundflächen, die mit trockenen Kompressen abgedeckt werden. Diese Vaseline erleichtert vor allem den ersten Stuhlgang am 1. oder 2. postoperativen Tag. Es ist falsch, die Stuhlentleerung nach der Operation durch Opiate für einige Tage zu bremsen, eine harte Kotsäule bereitet dem Patienten Schmerzen und provoziert manchmal eine Blutung durch das Pressen oder durch mechanisches Lösen der Ligaturen; vielmehr sollte man am Abend des Operationstages bereits ein mildes Laxans verabreichen. Wir beginnen mit 2 täglichen Sitzbädern am 1. postoperativen Tag und verbinden nicht mehr. Etwa am 5. - 6. Tag nach der Operation kann der Patient entlassen werden. Der

Stuhl soll mit Laxantien für 2 - 3 Wochen weich gehalten werden.
Es hat sich manchmal bei schmalen Brücken als nützlich erwiesen, postoperativ Metalldilatatoren verschiedener Größen anzuwenden, die, vom Patienten mit einer anästhesierenden Salbe bestrichen, im ersten Monat morgens und abends, im zweiten postoperativen Monat nur noch einmal täglich nach dem Sitzbad eingeführt werden sollen. Dem Patienten werden diese Dilatatoren bei der Entlassung mitgegeben und später bei den Kontrolluntersuchungen in der proktologischen Sprechstunde wieder eingezogen.

Schließlich veröden wir die Hämorrhoiden I. Grades und kleinere Hämorrhoiden II. Grades mit einer öligen 5 %igen Phenollösung. Die Sklerosierungsbehandlung wird ambulant und ohne besondere Vorbereitung durchgeführt.
Man stellt die Hämorrhoiden mit einem Proktoskop ein und beginnt die Injektion am besten mit dem rechten hinteren Knoten, da später, wenn die Submucosa stark aufgequollen ist, dieser Quadrant nur schwer zugänglich wird.
Die Nadel wird oberhalb des Knotens schräg eingestochen. Bei richtiger Plazierung des Einstiches oberhalb der Linea pectinea in die nicht mehr sensibel innervierte Rektumschleimhaut darf die Injektion vom Patienten nicht als schmerzhaft empfunden werden. Eine weitere Kontrolle hat man durch eine Markierung an der Kanüle und durch die

Reaktion der Mucosa. Schwillt diese ödematös an und stellen sich die Kapillaren als feine rötliche Zeichnung dar, so liegt die Kanüle wie erwünscht in der Submucosa. Man kann jetzt ohne Gefahr 2 - 5 ml der Sklerosierungsflüssigkeit injizieren; bei späteren Injektionen darf und kann wegen der bereits eingesetzten Sklerosierung nicht mehr so viel eingespritzt werden. Bildet sich dagegen unter der Injektion eine weiße, ischämische Zone über der Einstichstelle aus, so hat man in die Mucosa selbst injiziert und muß zur Vermeidung einer Ulceration die Injektion sofort abbrechen.

Der Patient kann nach der Behandlung wieder an seinen Arbeitsplatz zurückkehren, doch sollte am gleichen Tag keine schwere, körperliche Arbeit verrichtet werden, um eine Blutung aus der Punktionsstelle zu vermeiden. Der Stuhlgang soll, soweit möglich, erst am nächsten Tag erfolgen.

In der Regel erreicht man nach 2 - 3 Sitzungen in Abständen von 5 - 6 Wochen eine ausreichende Sklerosierung.

DIE ERGEBNISSE DER HÄMORRHOIDENBEHANDLUNG

Wir schickten an 311 Patienten, die in den Jahren zwischen 1958 und 1964 wegen Hämorrhoiden behandelt wurden, einen Fragebogen, der von 191 Personen beantwortet wurde.

Von 95 Patienten, die nach den Fragebogenangaben noch nicht völlig beschwerdefrei waren, wurden 76 zur Objektivierung des Befundes nachuntersucht.

Die Ergebnisse der Hämorrhoidenbehandlung gliedern sich in 2 Gruppen:

1. Frühkomplikationen (postoperative Phase bis zur Entlassung des Patienten aus der Klinik bzw. der proktologischen Ambulanz) nach den Kranken- und Ambulanzblättern.
2. Spätergebnisse
   a. subjektive Angaben der Patienten in den Fragebögen
   b. objektive Befunde bei der Nachuntersuchung.

1. Frühkomplikationen

Aus Tabelle 1 (s. S. 10)werden die Frühkomplikationen der beiden Methoden ersichtlich.
Bei dem Verfahren nach MILLIGAN-MORGAN trat bei 6 Patienten, also in 3,6 % der Fälle, eine leichte temporäre Stenosierung des Analkanals auf, die sich durchschnittlich 5,3 Wochen (Einzelwerte: 3, 5, 7, 8, 7, 2 Wochen) nach der Operation bemerkbar machte. Bei diesen Patienten konnte der untersuchende Finger gerade noch in den analen

Tab. 1: Zusammenstellung der wichtigsten Frühkomplikationen an Hand der Krankengeschichten bei 311 Patienten, die zwischen 1958 und 1964 wegen Hämorrhoiden behandelt wurden.

	Operation (165 Pat.)	Injektion (146 Pat.)
Temporäre partielle Stenosierung (etwa 6 Wo.)	3,6 % (6)	0
Temporäre partielle Inkontinenz (etwa 5 Wo.)	2,4 % (4)	0
Primäre Blutungen	1,2 % (2)	3,4 % (5)
Sekundäre Blutungen	1,2 % (2)	0
Miktionsbeschwerden (etwa 3 Tage)	4,3 % (7)	3,4 % (5)
Restknoten	6,6 % (11)	0
Injektionsulcus	0	0,6 % (1)

Kanal eingeführt werden, ein Proktoskop jedoch wegen der Schmerzhaftigkeit nicht.

Nach einer Dilatationsbehandlung mit Metalldilatatoren zunehmender Stärke bei 5 Patienten von durchschnittlich 6 Wochen (2, 12, 4, 8, 4 Wochen) hatten diese keine Beschwerden mehr. Nur bei einem Patienten mußte ein Narben-

ring inzidiert werden.

Seit der Verwendung niedrig konzentrierter Lösungen (5 % Phenol) bei der Sklerosierungstherapie treten kaum mehr Strikturen des Enddarms auf, und auch wir fanden sie bei keinem der Patienten.

Temporäre partielle Inkontinenzerscheinungen bei den 165 nach der MILLIGAN-MORGAN'schen Methode operierten Patienten beobachteten wir in insgesamt 4 Fällen (2,4 %), davon 3 zeitweilige, leichte Inkontinenzen für dünne Stühle und eine Inkontinenz für Winde. Diese Erscheinungen bestanden nur bei einem Patienten ein Jahr lang, durchschnittlich waren sie nach 5 Wochen (Einzelwerte: Stuhl 1 Wo., 7 Wo., Winde 7 Wo.) abgeklungen. Anschließend waren die Patienten beschwerdefrei.

Blutungen während der Operation oder am ersten postoperativen Tag traten bei der MILLIGAN-MORGAN'schen Technik in 1,2 % auf. Auch nach der Injektionsbehandlung kam es in 3,4 % zu leichten Blutungen, sie waren jedoch immer geringfügig.

Sekundäre Blutungen, die nach der Abstoßung der Ligatur beim ersten Stuhlgang verursacht wurden, beobachteten wir bei der gezielten segmentären Hämorrhoidektomie in 1,2 %. Sowohl die primären als auch die sekundären Blutungen konnten jeweils leicht beherrscht werden.

Miktionsbeschwerden in den ersten drei postoperativen Tagen sahen wir bei der Operation in 4,3 % bei der Sklerosierungstherapie in 3,4 % der Fälle.

Die im Anschluß an die Injektionsbehandlung auftretenden Miktionsbeschwerden bestanden jedoch nicht in einer reflektorischen Harnverhaltung wie nach der Operation, sondern lediglich in einem kurzzeitigen Brennen beim Wasserlassen.

Bei zirkulär angeordneten Hämorrhoiden kann man zur Schonung der sensiblen Analhaut nur jeweils die Hauptknoten entfernen, Satellitenknoten mußten bei 6,6 % der operierten Patienten belassen werden.

Solche Restknoten wurden später durch Injektion oder Operation beseitigt.

Die bei der Injektionsbehandlung gefürchtete Komplikation eines tiefgehenden Mucosageschwürs beobachteten wir nur in einem Fall (0,6 %); das Ulcus heilte aber folgenlos ab.

2. Spätergebnisse

Auswertung der Befragungsbögen:

Die weitere Beobachtung von Patienten nach einer Behandlung und Entlassung aus dem Krankenhaus ist für die Beurteilung des Behandlungserfolges das wichtigste Kriterium. Sie erfordert nicht nur die Aktivität des Arztes, sondern auch die Mithilfe des Patienten. Die Bereitwilligkeit des Patienten, Auskünfte zu geben und sich zur Nachuntersuchung

vorzustellen, ist direkt proportional dem Ausmaß des vorausgegangenen Eingriffes.

Unsere Schwierigkeiten bestanden darin, Jahre nach einem relativ kleinen Eingriff, wie es die Hämorrhoidenbehandlung darstellt, Auskünfte von den Patienten zu erhalten; gleichzeitig kann man die vom Patienten auf den Befragungsbogen gemachten Angaben nur als subjektive Eindrücke werte und daher nur mit Einschränkungen als Aussagen über Wert und Unwert einer Behandlungsmethode akzeptieren. Nur eine Nachuntersuchung kann die Angaben objektivieren.

Klagen über weiterhin bestehende Beschwerden sind häufig nicht durch die vorangegangene Operation, sondern durch neue, konkurrierende Erkrankungen bedingt; für manche Klagen, z.B. über Stenoseerscheinungen nach der Behandlung ergab sich bei einem Teil der Patienten bei der Nachuntersuchung keinerlei objektiver Befund.

Insbesondere hatten wir Interesse an der Häufigkeit des Auftretens von Rezidiven. Unser Vorgehen bei der Errechnung der Rezidivrate sei am Beispiel der nach der MILLIGAN-MORGAN Methode operierten Patienten erläutert. 165 Patienten wurden nach diesen Verfahren operiert; sie bekamen den Fragebogen zugeschickt, den 111 Patienten beantworteten. 64 davon gaben an, völlig beschwerdefrei zu sein. 47 Patienten klagten noch über Beschwerden, 37 erschienen zur Nachuntersuchung.

Wir setzen dabei voraus, daß 64 Personen, die nach ihren Angaben völlig beschwerdefrei sind, sicher kein Hämorrhoidenrezidiv höheren Grades haben. Von den 37 Nachuntersuchten zeigten nur 7 ein Rezidiv. Bei den übrigen 30 Patienten waren die Beschwerden durch andere proktologische Erkrankungen, wie Vorderwandschwäche oder Proktitis bedingt. Wir können also die 30 Nachuntersuchten ohne Rezidiv und die 64 völlig beschwerdefreien Patienten zu einer Gruppe zusammenfassen (94 Patienten). Auf 94 Patienten, bei denen die Operation erfolgreich war, kommen demnach 7 Rezidive. Das ergibt, bezogen auf eine Gesamtzahl von 101 Patienten (111 Antworten abzüglich 10 ohne Nachuntersuchung), eine Rezidivrate von etwa 7 %.
Für die Injektionsbehandlung errechnet sich nach der gleichen Methode eine Rezidivquote von 25 %.
Basierend auf einer solchen Betrachtungsweise können wir die Häufigkeit der Stenosen bei der Operation mit 2 % angeben.
Es verbleiben bei unserem Beispiel 10 Patienten, die noch über Beschwerden klagten, aber nicht nachuntersucht werden konnten. Sie sind bei der Errechnung der Rezidivrate nicht berücksichtigt, da bei ihnen das Operationsergebnis nich nachzuprüfen war.

Zusammenstellung der Spätergebnisse:

Der Erfolg der Behandlung von Hämorrhoiden liegt in der Beseitigung der Hämorrhoidenbeschwerden. Bei der Bewertung der Erkrankung und des Behandlungserfolges sind wir also auf subjektive Angaben der Patienten angewiesen. Dementsprechend ergaben sich erhebliche Unterschiede in den Angaben der Patienten über Stenose- und Inkontinenzerscheinungen in den Befragungsbögen und bei deren Objektivierung durch die Nachuntersuchungen.
Die Untersuchungsergebnisse bei Patienten mit ausgeprägten Stenosen bzw. Sphinkterschwächen sollen entsprechend ihrer Bedeutung detaillierter beschrieben werden.
Inkontinenzerscheinungen bei Patienten im Anschluß an die Operation nach MILLIGAN-MORGAN sind stets auf einen Verlust von sensibler Analhaut zurückzuführen, da bei der Operation bekanntlich keine Muskelfasern durchtrennt werden. Bei der Feststellung einer postoperativen Inkontinenz sind wir leider weitgehend auf die subjektiven Angaben der Patienten angewiesen. Der aktive Schlußmechanismus der Sphinkterorgane war erwartungsgemäß bei den meisten Nachuntersuchungen ungestört.
Leichter lassen sich die Stenosen objektivieren. Das Kriterium für eine Stenose ist, in Übereinstimmung mit GOLIGHER und CORMIE), die Unpassierbarkeit des analen Kanals für ein normales Proktoskop bei Durchgängigkeit für den untersuchenden Finger.

Über Inkontinenzerscheinungen als Spätkomplikation im Anschluß an die Operation klagten 5 Patienten. Vier von ihnen konnten nachuntersucht werden:

1. Fall:
Krankenblatt Nr. 43 177; Alter 35 Jahre; Operation 1964. Nachuntersuchungsbefund: Schwacher Sphinktertonus, narbige Platte, aber guter aktiver Sphinkterschluß.

2. Fall:
Krankenblatt Nr. 502; Alter 53 Jahre; Operation 1963. Nachuntersuchungsbefund: Guter aktiver Sphinkterschluß.

3. Fall:
Krankenblatt Nr. 44 831; Alter: 65 Jahre; Operation 1964. Nachuntersuchungsbefund: Geringer aktiver Sphinkterschluß, Tonus insgesamt gut.

4. Fall:
Krankenblatt Nr. 25 353; Alter 64 Jahre; Operation 1962. Der Patient berichtet, daß an zwei Stellen am After Stuhl durchsickere. Man tastet bei der Untersuchung lediglich zwei Narbenstränge, die eventuell für die Beschwerden verantwortlich sein könnten. Der Sphinkterschluß ist gut.

Operation nach MILLIGAN-MORGAN			
	Ergebnisse der 111 Befragungsbogen	Ergebnisse der 37 Nachuntersuchung.	tatsächl. Prozentzahl
Verengung des Analkanals	11 (10 %)	2	2 %
Inkontinenzerscheinungen	5 (4,5 %)	-	4,5 %
Injektionsbehandlung			
	Ergebnisse der 80 Befragungsbogen	Ergebnisse der 39 Nachuntersuchung.	tatsächl. Prozentzahl
Verengung des Analkanals	0	0	0
Inkontinenzerscheinungen	0	-	0

Tab. 2: Ergebnisse der Befragungsbogen und der Nachuntersuchungen bezüglich Stenose- und Inkontinenzerscheinungen.

Über Stenoseerscheinungen berichteten 11 (10 %) Patienten mehr oder weniger überzeugend in den Befragungsbögen, bzw. später bei der Nachuntersuchung.
Auch hier stellten wir in Übereinstimmung mit den oben angeführten Autoren deutliche Diskrepanzen zwischen den Klagen der Patienten und dem Nachuntersuchungsergebnis fest.
Von diesen 11 Patienten zeigten 6 bei der Nachuntersuchung keinerlei Verengung des analen Kanals, und nur bei

2 Personen stellten wir ausgeprägte Stenosen fest. Bei einer Patientin (Krankenblatt Nr. 39 119; Alter 53 J.), die 1963 operiert worden war, fand sich eine Stenose, welche nur für den kleinen Finger durchgängig war. Jedoch empfand sie diesen Zustand nicht als ausgesprochen störend und betonte, daß, abgesehen von zeitweiligen Schmerzen und seltenen geringfügigen Blutungen, ihre alten Beschwerden nicht mehr aufgetreten seien und sie sich jederzeit wieder der Operation unterziehen würde. Mitwirkend bei der Entstehung der Stenose könnte in diesem Fall eine zur Zeit der Operation bestehende, histologisch gesicherte Colitis gewesen sein.
Eine weitere Patientin (Krankenblatt Nr. 22 039/62; Alter 55 Jahre), die 1962 operiert wurde, berichtete über starke Stenoseerscheinungen, die sich jedoch zwei Jahre nach der Operation deutlich besserten. Sie konnte leider nicht nachuntersucht werden, jedoch war die Stenose in einem auswärtigen Krankenhaus diagnostiziert und behandelt worden.
Es bestanden also nach durchschnittlich 2 Jahren bei 5 (4,5 %) Patienten Inkontinenzerscheinungen und bei 2 (2 %) Patienten Stenosen. Nach unserer oben dargelegten Auswertungsmethode entspricht dies einem tatsächlichen Auftreten von Stenosen in etwa 2 % der Fälle.
Bei der Injektionstherapie sahen wir weder Stenosen noch Inkontinenzen.

DISKUSSION

In der Literatur finden sich mehrere informierende Arbeiten über Ergebnisse der MILLIGAN-MORGAN'schen Operation und der Injektionsbehandlung (1, 2, 3, 8, 10, 12, 14, 15, 17, 19, 20, 21).

Einige davon waren aber zu Vergleichszwecken nicht brauchbar, weil in ihnen teils faßbare Nachuntersuchungsergebnisse, teils Spätaussagen überhaupt fehlen; eine vergleichbare Aufstellung von Spätergebnissen bei operierten Patienten ermöglichen besonders die Arbeiten von GOLIGHER und CORMIE. Die Ergebnisse dieser Autoren sind in Tab. 3 unseren Werten gegenübergestellt.

Tab. 3: Vergleich unserer Spätergebnisse bei der Operation nach MILLIGAN-MORGAN mit den Ergebnissen anderer Autoren.

	Erlangen	Edinburgh CORMIE (1)	Leeds GOLIGHER (8)
Anzahl der Patienten	101	60	138
Rezidive	7 %	10 %	5 %
Stenosen	2 %	7 %	4 %
Inkontinenz-erscheinungen	4,5 %	?	26 %

Danach bewegt sich die Rezidivrate zwischen 5 % und 10 % (Erlangen 7 %, CORMIE 10 %, GOLIGHER 5 %).
Als Rezidive bezeichnen wir übereinstimmend mit anderen Autoren neu aufgetretene Hämorrhoidalknoten nur dann, wenn sie etwa vom zweiten Schweregrad sind und entsprechende Beschwerden verursachen.
Inkontinenzerscheinungen fanden wir in 4,5 % der Fälle, GOLIGHER in Leeds dagegen erstaunlich häufig in 26 %.
Da wir bei unseren Krankengut keine Stenosen und Inkontinenzen im Anschluß an die Injektionsbehandlung fanden, interessiert besonders die Effektivität der Sklerosierungstherapie, d.h. die Rezidivrate (s. Tab. 4).

Tab. 4: Vergleich unserer Rezidivrate bei der Injektionsbehandlung mit den Ergebnissen anderer Autoren.

Stadium der Rezidive	Hämorrhoiden I. Grades	Hämorrhoiden II. Grades	Hämorrhoiden III. Grades
Eigene Ergebnisse	25 %		-
PFEIFER (14)	21,7 %		-
DODSON (2)	38 %	50 %	79 %
DODD (3)	5 %	35 %	-
MILLIGAN (7 b)	2 %	25 %	100 %

Wir haben, ebenso wie PFEIFER, der auch eine 5 %ige Phenollösung benutzt, und dessen Angaben sich auf ca. 800 Patienten stützen, die behandelten Hämorrhoiden

I. und II. Grades zusammengefaßt betrachtet.
Unsere Rezidivrate mit 25 % kommt den PFEIFER'schen Ergebnissen (21,7 %), sowie den von MILLIGAN mit 2 % und 25 % nahe. Die Rezidive liegen bei DODD und DODSON mit 38 % und 50 %, respektive 5 % und 35 % vergleichsweise sehr hoch. Während die meisten Autoren heute Phenolzubereitungen benutzen, behandelte DODSON mit Chinin-Harnstoff.
Die Injektionsbehandlung bei drittgradigen Hämorrhoiden halten wir für wenig erfolgversprechend und führen sie nur als Palliativmaßnahme bei schlechtem Allgemeinzustand durch. Die Rezidivraten von DODSON und MILLIGAN mit 79 % und 100 % unterstreichen unsere Ansicht.

SCHLUSSBETRACHTUNG

Die Beurteilung des gesamten Komplexes des Hämorrhoidalleidens unterliegt zahlreichen Unzulänglichkeiten. Subjektive Eindrücke des Patienten machen den Hämorrhoidenträger zum Hämorrhoidenkranken und lassen ihn den Arzt aufsuchen.
Eine eindeutige und allgemein verbindliche Stadieneinteilung der Hämorrhoiden durch den Arzt ist schwierig, denn temperamentvolle Provokation bei der Untersuchung

verändert die Größe der gefundenen Knoten.
Therapeutische Einstellung des Arztes und vorhandene Behandlungsmöglichkeiten beeinflussen die Entscheidung für konservatives oder operatives Vorgehen.
Alle diese Faktoren spielen ebenso bei der Beurteilung des Behandlungserfolges eine wesentliche Rolle.
Wir haben versucht, ähnlich wie erfahrene Autoren, klar verständliche und faßbare Kriterien für die Diagnose, Behandlung und Spätbeurteilung von Hämorrhoiden aufzustellen und zu beschreiben.
Nach unseren Erfahrungen und Ergebnissen verspricht die Injektionsbehandlung bei Hämorrhoiden I. und II. Grades gute Ergebnisse, große zweitgradige und alle drittgradigen Knoten sollten nach Möglichkeit operativ behandelt werden.
Unter den verschiedenen Operationsmethoden erscheint uns die segmentäre Excision mit Unterbindung der zuführenden Arterie der sinnvollste und funktionell richtigste Weg zwischen der gefährlichen Radikaloperation nach WHITEHEAD und der Abtragung ohne Drosselung der Arterien nach LANGENBECK.

ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Arbeit wurden die Ergebnisse der Hämorrhoidektomie nach MILLIGAN-MORGAN und der Injektionsbehandlung vergleichend untersucht.
Wir schickten zu diesem Zweck an 311 Patienten, die in den Jahren zwischen 1958 und 1964 wegen Hämorrhoiden behandelt wurden, einen Befragungsbogen, der von 191 Personen beantwortet wurde. Von 95 Patienten, die nach den Fragebogenangaben noch nicht völlig beschwerdefrei waren, wurden 76 zur Objektivierung des Befundes nachuntersucht.
Nach den Fragebogen und auf Grund der Nachuntersuchungen errechneten wir eine Rezidivrate bei der Operation von 7 % und bei der Sklerosierungstherapie von 25 %.
Stenosen und Inkontinenzen als Spätkomplikation beobachteten wir bei der Operation in 2 % bzw. 4,5 %, wogegen bei der Injektionsbehandlung keine dieser Komplikationen auftrat.
Diese Zahlen entsprechen den Angaben anderer großer Statistiken. Die Injektionsbehandlung der Hämorrhoiden I. Grades und II. Grades mit Phenolöl wird empfohlen, für größere Knoten werden die Vorteile der segmentären Excisionsmethode mit Arterienligatur nach MILLIGAN und MORGAN beschrieben.

LITERATURVERZEICHNIS

1. CORMIE, J. and T.J. MC NAIR: The results of hemorrhoidektomy.
Scottish Med. J. 4, 571 (1959)

2. DODSON, J.H.: Appraisal of injection treatment of internal hemorrhoids.
South Med. J. 45, 347 (1952)

3. DODD: veröffentl. im Anschluß an die Diskussion zu der Arbeit von PFEIFER (s. 14)

4. EHRLICH, R. and F.A. LAMPHIER: Continued procaine sclerosing solution for internal hemorrhoids.
J. Intern. Coll. Surg. 26, 496 (1956)

5. EPPL, S.M.: Sklerosierende Injektionen in der Allgemeinpraxis.
Dtsch. med. Wschr. 75, 1255 (1950)

6. GASS, O.C.: Mesenteric thrombosis following injection treatment of hemorrhoids.
Amer. J. Surg. 75, 279 (1948)

7. GOLIGHER, J.C.: Surgery of the anus, rectum and colon.
London 1961.

7a. S. 98

7b. S. 110, zitiert

8. GOLIGHER, J.C., BENNET and FRIEDMANN: Late results of hemorrhoidectomy by ligature and excision. Brit. Med. J. 216, 9 (1963)

9. GRAHAM-STEWART: Injection treatment of hemmrrhoids. Brit. Med. J. 5273, 213 (1962)

10. KILBOURNE, N.J.: Internal hemorrhoids: Comperative value of treatment by operation and injection method. Ann. Surg. 99, 600 (1934)

11. KIRPATSCH, N. und H.J. SCHUPPENER: Über die Sklerosierungstherapie von Hämorrhoiden. Dtsch. Gesundheitswesen 15, 1794 (1960)

12. KUGLER, S.: Ergebnisse der Injektionstherapie blutender Hämorrhoiden. Chirurg 36, 120 (1965)

13. MORGAN, C.N.: Symposium on function and disease of anorectum and colon: Hemorrhoids and their surgical treatment; description of St. Mark's Hospital operation for hemorrhoids. Surg. Clin. N. Amer. 79, 49 (1950)

14. PFEIFFER, A.C.: Injection treatment of internal hemorrhoids using 5 % phenol in oil. Amer. J. Surg. 79, 49 (1950)

15. PICHLMAIR, H.: Die Behandlung der Hämorrhoidenkrankheit. Münch. med. Wschr. 107, 784 (1965)

16. RILLING, R.J.: Limitations of injection treatment. J. Intern. Coll. Surg. 25, 112 (1956)

17. ROSCHKE, W.: Über die Injektionsbehandlung von Hämorrhoiden.
Med. Klin. 59, 310 (1964)

18. SIGG, K.: Behandlung der Hämorrhoiden durch Injektionl
Dermatologica (Basel) 128, 167 (1964)

19. TERELL, R.V. and CHEWNING jr.: Present status of injection treatment of internal hemorrhoids.
Amer. J. Surg. 79, 44 (1950)

20. TERELL, R.V.: Injection treatment of internal hemorrhoids.
South. Med. J. 55, 701 (1962)

21. WRIGHT, G.L.: Injection treatment (using sodium tetradecylsulfate).
Amer. Surg. 19, 799 (1953)

22. WRIGHT, A.D.: Complications of rectal injections.
Proc. Roy. Society Med. 43, 263-66.

LEBENSLAUF

Ich bin am 13.1.1940 als Sohn der Eheleute Franz und Maria Dittrich in Böhmischdorf / Sudetengau geboren. Seit unserer Flucht in die Bundesrepublik 1947 wohne ich in Bamberg, wo ich 1961 das Abitur machte. Im gleichen Jahr begann ich das Medizinstudium an der Friedrich-Alexander-Universität in Erlangen und legte dort 1964 die ärztliche Vorprüfung ab. Im Februar 1967 habe ich mich zum Staatsexamen gemeldet.

Offsetdruck - Fotodruck
Josef Hogl
8520 Erlangen, Hauptstr. 109, (Nähe Martin-Luther-Platz,) Tel. 22990

Offsetdruck-Fotodruck

J. Hogl, 852 Erlangen, Hauptstr. 109, (Nähe Martin-Luther-Platz) Tel. 22990